

- Egyéb megbetegedések:

..... BNO kód: Az észlelés ideje:

..... BNO kód: Az észlelés ideje:

..... BNO kód: Az észlelés ideje:

4. A beteg kórházi kezelésére vonatkozó adatok az utolsó 2 év során:

-tól	-ig	diagnózis	
.....	BNO kód:
.....	BNO kód:
.....	BNO kód:

5. Kérjük, ismertesse a beteg/biztosított jelenlegi részletes státuszát [kiemelve anatómiai és funkcionális károsodása(i)nak jellemzőit]:

6. Kérjük, közölje a beteg/biztosított állapotának megítélését elősegítő leleteket, konziláriusi véleményeket:

7. Kérjük, ismertesse az eddig alkalmazott kezelési módokat és azok hatékonyságát, a kórlefolyás jellegét (progresszió, stagnálás, regresszió):

8. Megítélése szerint milyen további terápiával, rehabilitációs intézkedéssel lehetne a beteg/biztosított állapotán javítani:

9. Lehetségesnek tartja-e a beteg/biztosított:

- orvosi rehabilitációját: igen nem
- foglalkozási rehabilitációját saját munkakörében: igen nem
- más munkakörben: igen nem

10. Mikor és milyen rehabilitációban részesült a beteg/biztosított:

11. Összefoglaló orvosi vélemény (együtműködési készség, gyógykezelésre vonatkozó utasítások betartása, fizikai terhelhetőség járásképeség, segédeszköz használata, veszélyeztetett állapot stb.):

12. Kérjük, nyilatkozzék, a beteg/biztosított rendelkezik-e a keresőképtelenség vagy a munkaképesség változás minősítéséhez szükséges dokumentumokkal:

igen nem

13. A beteg/biztosított vizsgálata

lakóhelyén, tartózkodási helyén, az orvosszakértői szerv telephelyén

indokolt.

III. A keresőképtelenségre vagy a munkaképesség változásra vonatkozó további adatok

1. A beteg keresőképtelenségére vonatkozó adatok az utolsó két év során a kiállító orvos dokumentációjában:

keresőképtelen:	-tól	-ig	diagnózis	BNO kód:
.....
.....
.....
.....

2. Táppénz-joga lejár:

3. Táppénzfolyósító szerv:

neve:

címe: telefonszáma:

4. Főorvosi Bizottság elé küldés indoka:

vitatott keresőképtelenség

keresőképtelenség visszaigazolása

IV. *A beutalót kiállító orvos adatai*

A kiállító orvos neve:

Munkahelyének neve:

Munkahelyének címe: tel:

Mióta tartozik ellátási körébe az igénylő:

Kelt:, év hónap.

.....
a kezelőorvos aláírása, bélyegzőjének lenyomata, száma

V.

Kérjük, hogy a kormányhivatal felülvéleményező főorvosával is véleményeztesse a beteget!

A kormányhivatal szakértő vagy felülvéleményező főorvosának véleménye
